



E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO
Te Queremos Sano COMUNICACIÓN OFICIAL
FR1-GDC Versión 04

Señor

JUEZ DIECISIETE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CALI

E.

S.

D

.....

RADICACIÓN: 76001-33-33-017-2020-00108-00

DEMANDANTE: MARLENY SANCHEZ MUELAS Y OTROS.

DEMANDADO: HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E DE PALMIRA Y OTRO

MEDIO DE CONTROL. - REPARACIÓN DIRECTA

JORGE GERMÁN PUENTE CORAL, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía no. 14.466.076 expedida en Cali, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional número 161994 del consejo superior de la judicatura, en mi condición de apoderado judicial del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E de palmira, de acuerdo con el poder conferido, comparezco ante su despacho en término, para dar contestación a la demanda de la referencia, presentación de excepciones y llamar en garantía, la presente contestación de demanda la realizo según la información suministrada por mi representado – HROB, así:

I. POSICIÓN FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO 1. – No le consta a mi Representado. Las condiciones de vida del señor CRISTIAN EDUARDO CÓRDOBA SÁNCHEZ (QEPD) y su núcleo familiar son situaciones ajenas al HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO ESE, motivo por el cual, deberán ser probadas ante el Despacho.

AL HECHO 2.- Según la historia clínica de fecha 24 de febrero de 2018, el señor CRISTIAN EDUARDO CÓRDOBA SÁNCHEZ (QEPD) ingresó al servicio de urgencias del HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO ESE, con un cuadro de “DOLOR ABDOMINAL”, se indicó en la misma nota “PACIENTE CON

COLELITIASIS” (inflamación de la vesícula). Según la Misma Historia Clínica, se indicó que el paciente contaba con una ecografía del de hígado y vías biliares del 26-mayo de 2017, la cual reportó “ESTEATOSIS HEPATICA GRADO 2 VESICULAR BILIAR CON PARED GRUESA DE 0.47 CM CON GRAN CANTIDAD DE IMÁGENES EN SU INTERIOR SOLIDAS MÓVILES, VÍA BILIAR NO DILATADA” Se concluye entonces según la Historia clínica que el Paciente presentaba una **“COLECISTITIS CRONICA +COLELITIASIS”** (Cálculos en la vesícula).

Según las anotaciones de la Historia clínica el diagnostico arrojado por el medico tratante fue el siguiente.

- CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA – confirmado.
- DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

Según la Historia clínica se ordenó la toma de paraclínicos y ecografía abdominal total, cuyos resultados fueron los siguientes

- Paraclínicos incluídas bilirrubinas, cuadro hemático y amilasemia normales.
- Ecografía abdominal. – con reporte de colelitiasis múltiple y colédoco dilatado, motivo por el cual se ordenó la toma de una Colangioresonancia, la cual fue tomada el día 2 de marzo de 2018 y es reportada el día 6 de marzo de 2018, en la cual textualmente dice, como opinión del radiólogo que revisó y leyó las imágenes de resonancia nuclear magnética de la vesícula biliar y de las vía biliares, lo siguiente: “colelitiasis sin signos de colecistitis al momento del estudio, con cálculo enclavado en el cuello de la vesícula biliar con efecto compresivo sobre el conducto hepático común, con leve dilatación de la vía biliar intrahepática, a considerar posible

Síndrome de Mirizzi". En la descripción del estudio se menciona específicamente: *"vesícula biliar distendida de paredes delgadas, con microcálculos hacia el cuerpo y presencia de gran cálculo enclavado en el cuello de 17 mm. de diámetro aproximadamente, el cual condiciona efecto compresivo sobre el conducto hepático común, con leve disminución de su calibre y dilatación secundaria de la vía biliar intrahepática, a considerar posible Síndrome de Mirizzi".*

La conclusión de la Colangiografía realizada al paciente es que éste cursaba con un Síndrome de **MIRIZZI**; es decir, que presentaba potencialmente una fístula o comunicación anormal de la vesícula biliar a la vía biliar extrahepática y específicamente una fístula de la vesícula biliar al conducto hepático común, hallazgo que fue claramente confirmado en la cirugía realizada por el Doctor Juan Carlos Victoria Jaramillo el 7 de marzo de 2018.

AL HECHO TERCERO. – Es absolutamente Falso. El Apoderado Demandante sin conocer de fondo la situación médica del paciente y sin estudiar en debida forma la Historia Clínica, indica que "por falta del deber objetivo de cuidado *"LE AMPUTARON EL LOBULO DERECHO DEL HIGADO Y POR ENDE LA ARTERIA EPATICA DERECHA"*

Esta apreciación subjetiva carece de todo fundamento, toda vez que, el 7 de marzo de 2018, y una vez realizados todos los exámenes médicos, ayudas diagnósticas incluida la COLANGIORESONANCIA, la cual indicaba que el Señor CRISTIAN EDUARDO CORDOBA SANCHEZ, cursaba el síndrome de **MIRIZZI**, fue intervenido quirúrgicamente por el Doctor Juan Carlos Victoria para una "COLECISTECTOMIA POR LAPAROTOMIA" ***(La vesícula biliar es extirpada con instrumentos que se colocan en pequeñas incisiones en el abdomen. Colecistectomía abierta—La vesícula biliar es extirpada a través de una incisión en el costado derecho debajo de la caja torácica)***, cirugía que fue programada prioritariamente y que culminó satisfactoriamente, no obstante, con ocasión a la condición complicada con la que ingresó el del Paciente y al

síndrome de MIRIZZI que cursaba desde antes de ingresar al HROB, aumentaba las dificultades infecciosas que generalmente están presentes en toda cirugía, tal circunstancia fue debidamente informada al paciente y a su acudiente, por ello se suscribió los respectivos consentimientos informados de fecha 7 de marzo de 2018 suscrito por el Señor CRISTIAN EDUARDO CÓRDOBA SÁNCHEZ y el de fecha 8 de marzo de 2018 suscrito por la Señora MARLENY SANCHEZ.

Con lo anterior, lo que pretende explicar es que mi Representado JAMAS amputó el lóbulo derecho del hígado ni mucho menos la arteria hepática derecha, porque la cirugía realizada no tiene relación alguna con el Hígado sino con las vías biliares. Además, según la Subgerencia Científica del HROB, una amputación del lóbulo derecho de un hígado es un procedimiento de alta complejidad en la cual se requiere de acompañamiento de un equipo multidisciplinario de cirujanos, disponibilidad de banco de sangre, disponibilidad de Unidad de Cuidados Intensivos, entre otros. Por ello, resulta un desacierto médico indicar una amputación del Lóbulo derecho del hígado y de la arteria hepática derecha, porque en el caso hipotético que así hubiere ocurrido la muerte del paciente Hubiera ocurrido de forma inmediata, sin la posibilidad de tratamiento, toda vez que el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE es una Institución Pública que presta servicios de salud de nivel I con ciertas actividades de nivel II, y no cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos propia. Maxime cuando según las pruebas aportadas demuestran que, según las radiografías tomadas, el paciente egreso del HROB sin reporte de este hallazgo, lo que infiere que, en las atenciones posteriores en el Hospital Universitario del Valle, se hubiere realizado este procedimiento, toda vez que éste si cuenta con la capacidad de atención y tecnológica para llevarlo a cabo, es importante indicar que según la COLANGIO RESONANCIA practicada el 21 de marzo de 2018, durante la Hospitalización en el Hospital Universitario del Valle, se refiere que el “Hígado de normal tamaño”

AL HECHO CUARTO. – Es falso. Señor Juez, para entender el presente caso médico es importante indicar los siguientes aspectos:

- El Doctor Juan Carlos Victoria Jaramillo, medico cirujano que llevo a cabo el procedimiento quirúrgico el 7 de marzo de 2018; realizada al día siguiente de recibirse el informe de la colangiorensonancia - estudio que apoyaba la necesidad de cirugía de urgencia, se realizó por el riesgo en ese momento de una obstrucción completa de la vía biliar principal extrahepática por el cálculo que desde el cuello de la vesícula biliar estaba comprimiendo y obstruyendo la vía biliar principal extrahepática o que había pasado ya desde la vesícula biliar a la vía biliar extrahepática por un trayecto anormal o fistuloso creado por el propio cálculo al enroscar y romper la pared de la vesícula biliar y del conducto hepático común como se demostró en la cirugía efectuada; justificándose claramente la necesidad de cirugía prioritaria, motivo por el cual, lo indicado por el Apoderado es absolutamente incoherente, pues con la cirugía lo que se pretendía solucionar era precisamente las complicaciones derivadas de los cálculos ubicados en la vesícula biliar.
- El Señor CRISTIAN EDUARDO CORDOBA SANCHEZ, como se puede evidenciar con la Historia Clínica, al ingreso al HROB, ya padecía del Síndrome de Mirizzi, la cual es una patología infrecuente que la presentan tan sólo 1 a 5 % de los pacientes que tienen enfermedad de la vesícula biliar con cálculos, la cual se produce como el resultado de una inflamación de la vesícula biliar **de larga evolución** o una inflamación crónica de la vesícula biliar con episodios repetitivos de agudización, ocasionada por cálculos en la vesícula biliar, cuando no se realiza el tratamiento quirúrgico oportunamente; es decir, cuando no se extirpa quirúrgicamente la vesícula biliar al inicio de los síntomas, que fue la situación del paciente Cristian Eduardo Córdoba Sánchez, quien ingresó al HROB por el servicio de urgencias con un proceso inflamatorio crónico de su vesícula biliar por cálculos y una complicación preexistente como consecuencia de no haber recibido el tratamiento quirúrgico oportuno claramente indicado para su enfermedad de base desde 9 meses antes, toda vez que como se puede evidenciar en el estudio ecográfico realizado

sobre la vesícula biliar y del hígado de fecha 26 de mayo de 2017 se reportaba para ese entonces la presencia de una “esteatosis hepática o deposito importante de grasa en el hígado” y reportaba además una vesícula biliar de pared engrosada compatible con inflamación de la misma y la existencia de gran cantidad de cálculos en el interior de la vesícula biliar como causa de esa inflamación; concluyendo la ecografía de mayo 26 de 2017 que el paciente cursaba con una colecistitis crónica (que traduce inflamación de la vesícula biliar de larga evolución) y colelitiasis (que traduce presencia de cálculos en la vesícula biliar). Es decir, por la historia de intolerancia a las comidas grasas, de dolor abdominal tipo cólico biliar a repetición y demostración ecográfica de cálculos en la vesícula biliar con signos inflamatorios, el paciente tenía clara indicación quirúrgica para la extirpación de la vesícula biliar desde mayo de 2017, no obstante, se desconoce la razón del porque el Señor CORDOBA SANCHEZ, no inició su tratamiento y programación de cirugía dentro de los 9 meses anteriores al ingreso al servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno, pues para aquella fecha ya los síntomas contaban con agudización, lo cual, de haberse realizado la cirugía oportunamente, claramente habría disminuido los riesgos para el momento de la cirugía realizada el 24 de febrero de 2018 en el HROB.

- En cuanto a que “NUNCA MANIFESTARON QUE LE HABIAN AMPUTADO EL LOBULO DERECHO DEL HIGADO AL IGUAL LA ARTERIA HEPATICA DERECHA”, es una afirmación FALSA que se sitúa fuera de todo contexto médico, pues como se explicó con anterioridad es imposible realizar un procedimiento de tal magnitud en el HROB, porque esta clase de extirpación solo se puede realizar en una institución de alta complejidad, Maxime cuando existe evidencia ecográfica – COLANGIORESONANCIA de fecha 21 de marzo de 2018, realizado por la empresa Imágenes Diagnosticas SAN JOSE, es decir de manera posterior a la remisión efectuada el 8 de marzo de 2018 con destino al Hospital Universitario del Valle, la cual indicó: “HIGADO DE NORMAL TAMAÑO” y

más adelante en su acápite denominado “CONSLUSION” , se indica que *“ALGUNAS MEDIANAS LESIONES DE CARACTERISTICAS QUISTICAS A NIVEL DEL LOBULO DERECHO NO MAYORES A LOS 40 MM DE DIAMETRO”*. Es decir que para el momento del egreso del HROB y el ingresó al HUV el paciente contaba con su hígado completo, lo que se infiere que tal procedimiento de extirpación del lóbulo se realizó en el HUV y no en el HROB.

AL HECHO QUINTO. – Es parcialmente cierto. Según la historia clínica de fecha 8 de marzo de 2018, el Paciente tuvo que ser reintervenido quirúrgicamente por el Médico Cirujano LUIS EDUARDO MOORE, por encontrarse boliperitoneo por pequeña fistula en el sitio de sutura, la cual, fue corregida dejando Dren Subhepático, pero que estaba presente de manera previa al ingreso al HROB, motivo por el cual, fue remitido de manera inmediata como urgencia vital hacia el Hospital Universitario del Valle.

En este punto es importante mencionar que tal y como se manifestó anteriormente, teniendo como base la ecografía de mayo 26 de 2017, tomada al Paciente nueve (9) meses anteriores al ingreso al servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno, la cual, reportaba no sólo que la vesícula biliar tenía múltiples cálculos en su interior, sino que tenía una pared muy gruesa de 4.7 mm de espesor, más del doble de lo normal, considerándose un espesor normal de la pared vesicular hasta 2 mm.; hallazgos ecográficos previos francamente patológicos o anormales y diagnósticos de inflamación crónica de la vesícula biliar por cálculos, que en términos médicos se conoce como Colecistitis Crónica Litiásica, **el paciente necesitaba manejo quirúrgico en forma prioritaria desde Mayo de 2017. Es decir, desde 9 meses antes a su ingreso por urgencias al Hospital Raúl Orejuela Bueno en febrero 24 de 2019, de una colecistectomía o extracción quirúrgica de la vesícula biliar con sus cálculos, que es el tratamiento operatorio indicado para esta enfermedad; lo cual no llevo a cabo por razones que se desconocen, lo que produjo no solo la agudización de sus síntomas, sino una complicación claramente atribuible a un Síndrome de Mirizzi.**

Así las cosas, el procedimiento quirúrgico debido a la negligencia del mismo paciente en no realizarse el procedimiento quirúrgico de manera oportuna 9 meses atrás, se convirtió en una cirugía mayor, es decir, compleja, más importante o de alto riesgo, con lo cual, particularmente las complicaciones infecciosas se incrementa y son esperables, como la colangitis aguda (infección de las vías biliares asociada a la obstrucción de las mismas) y la sepsis de origen biliar, por ello, razón por la cual el Doctor Luis Eduardo Moore realiza un Drenaje Bilioperitoneo, Lavado Peritoneal Terapéutico y Cierre de la Fistula Vesicular y Cístico Dren Subhepático y remite al paciente como urgencia vital a IPS de mayor nivel de atención para tratamiento Hospital Universitario del Valle, en donde es intervenido quirúrgicamente.

En cuanto a la apreciación subjetiva realizada por el Apoderado de los Demandantes consistente en que “EN NINGUNA PARTE MENCIONA QUE LE HABIAN AMPÚTADO EL LOBULO DERECHO DEL HIGADO Y LA ARTERIA HEPATICA DERECHA, OCULTANDO LO VERDADERAMENTE SUCEDIDO EN LA PRIMERA INTERVENCION QUIRURGICA POR EL DR. JUAN CARLOS VICTORIA Y FERNANDO VILLAREAL. Es una manifestación falsa, toda vez que según la COLANGIORESONANCIA, realizada el 21 de marzo de 2021, por la empresa Imágenes Diagnosticas SAN JOSE, es decir de manera posterior a la remisión efectuada el 8 de marzo de 2018 con destino al Hospital Universitario del Valle, indica que, “HIGADO DE NORMAL TAMAÑO” y mas adelante en su acápite denominado “CONSLUSION” , se indica que “ALGUNAS MEDIANAS LESIONES DE CARACTERISTICAS QUISTICAS A NIVEL DEL LOBULO DERECHO NO MAYORES A LOS 40 MM DE DIAMETRO”. Lo anterior constituye la prueba plena de que las afirmaciones que en este hecho incluye el Apoderado Demandante son absolutamente falsas, porque que se indica en dicho examen es un hallazgo quístico mas no amputación.

AL HECHO SEXTO. – Es falso. Según la COLANGIORESONANCIA realizada el 21 de marzo de 2021, por la empresa Imágenes Diagnosticas SAN JOSE, y

durante la Hospitalización en el Hospital Universitario del Valle se indica lo siguiente: “HIGADO DE NORMAL TAMAÑO” y más adelante en su acápite denominado “CONSLUSION” , se indica que *“ALGUNAS MEDIANAS LESIONES DE CARACTERISTICAS QUISTICAS A NIVEL DEL LOBULO DERECHO NO MAYORES A LOS 40 MM DE DIAMETRO”*.

Es importante manifestar que el Paciente permaneció Hospitalizado en el Hospital Universitario del Valle desde el 8 de marzo de 2018, hasta el 14 de abril de 2018, en donde fue sometido a múltiples procedimientos médicos y quirúrgicos, y en donde finalmente fallece el paciente, sin embargo, para el momento del 8 de abril de 2018 fecha en la cual, el Paciente fue remitido desde el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, éste se encontraba estable y sin estar comprometida su vida, no obstante de allí en adelante es cuando el paciente presenta contaminación en el procedimiento quirúrgico, pero teniendo en cuenta la COLANGIORESONANCIA de fecha 21 de marzo de 2018, se evidencia que para aquel momento el paciente contaba con “HIGADO DE NORMAL TAMAÑO”

AL HECHO SEPTIMO. – No le consta a mi representado. Las condiciones de vida, laborales, familiares entre otros aspectos, no son de conocimiento de mi Procurada, razón por la cual, deberán probarse.

AL HECHO OCTAVO Y NOVENO. – No se trata de un hecho, sino del cumplimiento legal del requisito de procedibilidad para acudir a la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, el cual se encuentra cumplido en virtud de la ley 640 de 2001.

II. POSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

me permito manifestar en nombre de la institución que hoy represento judicialmente que me opongo a que se declaren favorablemente todas y cada una de las pretensiones formuladas por la parte demandante respecto a mi procurada, en cuanto a cómo se demostrará en el proceso o se desvirtuará los supuestos de

hecho y de derecho que soportan la supuesta responsabilidad equivocadamente atribuida al HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO ESE, toda vez que ni siquiera por indicios se vislumbra la configuración de una falla en el servicio medico derivada de la acción u omisión en los servicios brindados al Señor Cristian Eduardo Córdoba Sánchez (QEPD)

Por otro lado, considero que la tasación de los perjuicios presentada en el escrito de la demanda, consistentes en las aparentes indemnizaciones de carácter pecuniario, desbordan a todas luces los extremos indemnizatorios, toda vez que, de manera arbitraria, se pretende el reconocimiento económico a su máxima potencia, pues la cuantía indemnizatoria quebranta el principio de reparación integral y vulnera el principio de igualdad material.

La constitucionalización de los daños ha hecho que estos se transformen y se ajusten a las nuevas perspectivas y desarrollos de la sociedad para el restablecimiento patrimonial y/o espiritual, más no para el enriquecimiento injusto e ilegítimo del afectado; es por eso que el principio de reparación integral consagrado en el artículo 16 de la ley 446 de 1998, establece una justa y correcta medición del daño ocasionado, de tal forma que opere su resarcimiento o indemnización plena, sin que ello suponga un enriquecimiento injustificado.

El consejo de estado ha ido evolucionando y cambiando los conceptos del daño, de tal manera que del simple daño fisiológico pasó al de daño a la vida de relación, para luego acoger el de alteración grave a las condiciones de existencia, el cual fue desechado por el de daño a la salud concepto vigente en la jurisprudencia colombiana.

El actual perjuicio inmaterial indemnizable a parte del daño moral, o de cualquier otro bien, derecho o interés legítimo constitucional, jurídicamente tutelado que no esté comprendido dentro del concepto de “daño corporal o afectación al integridad psicofísica” es el daño a la salud, el cual surgió de la necesidad de reconocer un

perjuicio más objetivo, que este dotado de claridad y, por lo tanto, que garantice en mayor medida el postulado de la igualdad de indemnizaciones frente a un mismo o similar daño. el consejo de estado afirmó que el "daño a la salud" se denomina como aquel que resulta de una lesión corporal, es un daño biológico que tiene repercusiones en otras áreas del individuo de talante externo, como son la esfera social, psicológica, sexual, familiar, en fin, todo aquello que sea consecuencia de dicha lesión siempre y cuando se demuestre dentro del proceso.

Al enmarcar los perjuicios sicofísicos en el concepto de daño a la salud, el consejo de estado sección tercera siguió el camino que ha venido trazando desde hace más de dos décadas evolucionando en la doctrina de la reparación al perjuicio inmaterial existente en el derecho administrativo colombiano. esta unificación evita el subjetivismo judicial que conlleva al enriquecimiento sin causa de las víctimas, eliminando la multiplicidad de categorías indemnizatorias asegurando indemnizaciones más respetuosas del derecho a la igualdad.

Es así como el 14 de septiembre del año 2011, el consejo de estado sección tercera en sala plena, en expediente 19031 y 38222 adoptó y expuso la tesis del "daño a la salud" con el fin de sistematizar el tema de la indemnización por daños inmateriales que se veía disperso y daba oportunidad para múltiples indemnizaciones por el mismo hecho generador de los perjuicios. de otra parte es evidente que este pronunciamiento tiene como finalidad la unificación jurisprudencial del tema del daño inmaterial por su importancia jurídica, económica y social en los términos de los artículos 270 y 271 de la ley 1437 de 2011 por ser un tema complejo desde la doctrina, la normatividad, costoso para el estado y con gran impacto social especialmente en las víctimas a la hora de ser compensados "integralmente" por un hecho dañoso desplegado por la administración pública.

En otros términos, esta sentencia reconoció la importancia de limitar la dispersión que venía operando en materia de la tipología del daño inmaterial en colombia, para fijar un esquema de reparación que atienda al restablecimiento de los

principales derechos que se ven afectados con el daño antijurídico. en ese sentido, se catalogó a la salud como un derecho fundamental que cuenta con reconocimiento autónomo y cuya finalidad es servir de contenedor de categorías del daño inmaterial, en aras de evitar la dispersión de varias nociones abiertas que hacían compleja la aplicación efectiva del principio de igualdad y de reparación integral (v.gr. daño a la vida de relación o la alteración a las condiciones de existencia).

En conclusión en Colombia el sistema indemnizatorio está limitado y no puede dar lugar a que se abra una multiplicidad de categorías resarcitorias o cuantías exageradas que afecten la estructura del derecho de daños y la estabilidad presupuestal que soporta un efectivo sistema de responsabilidad patrimonial del estado, motivo por el cual cuando el daño se origine en una lesión psíquica o física de la persona el único perjuicio inmaterial, diferente al moral que será viable reconocer por parte del operador judicial será el denominado "daño a la salud o fisiológico", sin que sea posible admitir otras categorías de perjuicios en este tipo de supuestos y, mucho menos, la alteración a las condiciones de existencia, categoría que bajo la égida del daño a la salud pierde relevancia, concreción y pertinencia para indemnizar este tipo de afectaciones.

A esta conclusión ha llegado el consejo de estado mediante el siguiente análisis jurisprudencial a partir de la expedición de la carta política de 1991.

El primer pronunciamiento que constituyó un conato en el tema se remonta al **14 de febrero de 1992, exp. 6477** se habló por primera vez de daño fisiológico.

El segundo pronunciamiento, en relación con otras categorías de daño inmaterial en Colombia está contenido en la **sentencia del 3 de julio de 1992**, proferida por el tribunal administrativo de antioquia, exp. 25878 que definió que perjuicio sufrido en la vida de relación social y personal, los perjuicios estéticos y el daño corporal especial debía agruparse en uno solo el perjuicio fisiológico.

El tercer pronunciamiento la **sentencia del 6 de septiembre de 1993, exp. 7428**, la sección tercera del consejo de estado, indicó que el perjuicio fisiológico o a la vida de relación, exige que se repare la pérdida de la posibilidad de realizar otras actividades vitales, que, aunque no producen rendimiento patrimonial, hacen agradable la existencia.

Cuarto pronunciamiento: **sentencia de la sección tercera del consejo de estado, del 25 de septiembre de 1997, exp. 10.421** se entronizó la asimilación del perjuicio fisiológico, a las categorías referidas al perjuicio de agrado, la pérdida de los placeres de la vida o el daño a la vida de relación. en ese orden de ideas, no se valoraba y fijaba la indemnización con fundamento en el daño o la lesión considerada en sí misma, sino que el juez tenía que verificar el impacto externo, social y relacional que esa afectación producía en el individuo. por lo tanto, al margen de que el perjuicio tuviera su génesis en una alteración psicofísica o en general de la salud de la persona, era imprescindible que se demostrara qué tanto afectaba la órbita externa esa lesión; por lo tanto, entre mayor vida relacional o social tuviera la víctima, mayor indemnización le correspondía por este concepto.

Debido a esta sentencia algunos autores prefieren no hablar de un perjuicio de agrado, sino de desagrado, a esta opinión la sala en **sentencia del 2 de octubre de 1997** expreso con el concepto aludido que no se trata de indemnizar la tristeza o el dolor, sino más bien de compensar, en procura de otorgar al damnificado una indemnización integral... la mengua de las posibilidades de realizar actividades que la víctima bien podría haber realizado o realizar, de no mediar la conducta dañina que se manifestó en su integridad corporal **consejo de estado, sección tercera, expediente 11.652 m.p daniel suárez hernández**.

Quinto pronunciamiento: **sentencia proferida el 13 de junio de 1997, exp. 12499**, donde estipula que los perjuicios fisiológicos no son una entidad jurídica propia, pertenecen a una categoría intermedia ya que es una entidad dual o

bifronte que cuenta con un contenido genérico y otro contenido específico que debe ser probado en el proceso.

Sexto pronunciamiento del **19 de julio de 2000, expediente 11842, la sección tercera del consejo de estado**, mediante el cual se desecha definitivamente la utilización de la expresión de perjuicios fisiológicos debido a su uso inadecuado para llamarlo daño a la vida de relación, ya que puede afectar muchos otros actos de la vida, aun los de carácter individual, pero externos, y su relación, en general, con las cosas del mundo.

Consejo de estado, sección tercera, sentencia del 15 de agosto de 2007, exp. ag 2003-385 m.p.: mauricio fajardo gómez, por medio de esta sentencia para dar rigor a en la nomenclatura se deja a un lado el concepto de daño a la vida de relación para ser denominado daño por alteración grave de las condiciones de existencia el cual ofrece mayor amplitud y abarca no solo la relación de la víctima con el mundo exterior sino de manera más general los cambios bruscos y relevantes a las condiciones de una persona.

Se adoptó la denominación de "alteración a las condiciones de existencia", para designar ese "específico" perjuicio que desde el año 1993 fue avalado por la jurisprudencia contencioso-administrativa, para indemnizar no solo las lesiones a la integridad psicofísica sino cualquier lesión de bienes, derechos o intereses legítimos diversos a la unidad corporal del sujeto, como la honra, el buen nombre, el daño al proyecto de vida, etc.

En **sentencia de la sección tercera del consejo de estado, del 15 de agosto de 2007, exp. ag 2003-385**, se sostuvo que a partir del fallo anterior la jurisprudencia ha entendido el daño a la vida de relación, como aquel que "rebasa la parte individual o íntima de la persona y además le afecta el área social, es decir su relación con el mundo exterior; por ello se califica en razón al plano

afectado la vida de relación (sección tercera, sentencia del 10 de julio de 2003, radicación n.º 76001-23-31-000-1994-9874-01(14083))

En esta oportunidad la sala aprovecha para, en aras de precisión y rigor en la nomenclatura, dejar de lado el nombre que hasta ahora se ha venido utilizando -en ocasiones de manera inadecuada o excesiva- para acudir al concepto de daño por alteración grave de las condiciones de existencia, el cual ofrece mayor amplitud que el anterior y abarca no sólo la relación de la víctima con el mundo exterior, sino, de manera más general, esos cambios bruscos y relevantes a las condiciones de una persona.

Consejo de estado, sección tercera, sentencia de sala plena del 4 de mayo de 2011, exp 17396 m.p Danilo Ortiz Rojas, no puede pretenderse que la utilización de la expresión "perjuicios fisiológicos" esté totalmente proscrita de la jurisprudencia de la sala, y deberá ser utilizada cuando las "alteraciones graves a las condiciones de existencia" tengan origen en afectaciones de carácter físico o fisiológico. aclara que la expresión "perjuicios fisiológicos" debe entenderse como incluida dentro de los perjuicios denominados "alteraciones graves a las condiciones de existencia", en la medida que se trata de daños surgidos de afectaciones de carácter físico sufridos por uno de los sujetos pasivos del daño.

Consejo de estado, sección tercera, sentencia del 14 de septiembre de 2011, exps. 38222 y 19031 el daño a la salud desplaza por completo a las demás categorías del daño inmaterial como lo son alteración grave de las condiciones de existencia (antes denominado daño a la vida de relación) porque cuando la lesión antijurídica tiene su génesis en una afectación negativa del estado de salud, el único perjuicio inmaterial que hay lugar a reconocer son el daño moral y daño a la salud.

Consejo de estado – sala de lo contencioso administrativo – sección tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, exp.

28804, m.p. stella conto dıaz del castillo, reitera la unificación jurisprudencial donde estableció los referentes para la reparación de perjuicios inmateriales y allí reconoce tres tipos de perjuicios inmateriales: i) perjuicio moral; ii) daños a bienes constitucionales y convencionales. iii) daño a la salud (perjuicio fisiológico o biológico), derivado de una lesión corporal o psicofísica.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al honorable operador judicial, ajustar las pretensiones formuladas por la parte demandante en caso de una eventual condena, sin que ello signifique que se estén aceptando como ciertos los hechos demandados, pero que es importante mencionar toda vez que, como se puede observar dichas pretensiones son a todas luces temerarias, desmesuradas y excedidas en todo su contexto, sin que se ajusten a los nuevos parámetros jurisprudenciales expuestos anteriormente.

III. POSICION FRENTE A LAS PRUEBAS DE LA DEMANDA

3.1.- FRENTE A LAS DOCUMENTALES. - Frente a las pruebas documentales presentadas por la parte demandante, estas serán evaluadas por el Despacho a su buen cargo al momento de dictar sentencia, sin perjuicio de los fundamentos de defensa esbozados en este escrito frente a los hechos planteados en la demanda y a los recursos a que hubiere lugar.

3.2.- FRENTE A LAS QUE SE SOLICITAN. - Me opongo, toda vez que el Apoderado Demandante no expone el objeto de dichas pruebas solicitadas.

3.3.- FRENTE A LAS TESTIMONIALES. - Me opongo a que se decreten, toda vez que no se ajustan al artículo 212 del CGP, el cual, indica que en la petición de la prueba de testimonios deberá expresarse el nombre, domicilio, residencia o lugar donde pueden ser citados los testigos, **y enunciarse concretamente los hechos objeto de la prueba.** El apoderado únicamente sustenta la prueba así “para que depongan lo que les consta sobre los hechos de la demanda”

3.4.- FRENTE AL INTERROGATORIO. Me opongo. El Artículo 195 CGP. - *“Declaraciones de los representantes de personas jurídicas de derecho público”*. Expresa lo siguiente:

(...)

“No valdrá la confesión de los representantes de las entidades públicas cualquiera que sea el orden al que pertenezcan o el régimen jurídico al que estén sometidas. Sin embargo, podrá pedirse que el representante administrativo de la entidad rinda informe escrito bajo juramento, sobre los hechos debatidos que a ella conciernan, determinados en la solicitud. El juez ordenará rendir informe dentro del término que señale, con la advertencia de que, si no se remite en oportunidad sin motivo justificado o no se rinde en forma explícita, se impondrá al responsable una multa de cinco (5) a diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes (smlmv).”

Así las cosas, la finalidad de este instrumento de prueba no es otra de lograr mediante un interrogatorio provocado, la confesión judicial de la parte a la cual se dirige el cuestionario. Esta confesión puede ser explícita si la parte requerida atiende la citación para absolver el interrogatorio, o ficta si, existiendo pliego escrito, de manera injustificada se abstiene de comparecer, siempre y cuando concurren los requerimientos procesales de la confesión.

Ahora bien, el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, es una Empresa Social del Estado, de naturaleza pública descentralizada, creada por la ley o con su

autorización, cuyo objeto principal es el ejercicio de funciones administrativas, la prestación de servicios públicos de salud, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, constituida mediante Acuerdo No. 037 de 1995, modificado por el Acuerdo No. 136 de 1997, por lo tanto, es incuestionable la naturaleza pública que la Doctora Emilce Arévalo García, ostenta en su cargo de Gerente y Representante legal del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, Motivo por el cual, en virtud del artículo 195 del Código General del Proceso, mi Representada no puede ser convocada a rendir interrogatorio de parte, en razón a que el objeto de la misma es exclusivamente lograr una confesión de quien la rinde.

3.4.- FRENTE A LA PRUEBA TRASLADADA. - Me atengo a lo que el Honorable Juez Disponga.

IV. FUNDAMENTOS DE LA DEFENSA

Señor juez de la República, debo manifestar que los argumentos de hecho y de derecho esgrimidos por la parte demandante carecen de todo fundamento, pues es evidente conforme a las pruebas obrantes en el expediente que, en lo que respecta a mi representado, no existen los elementos jurídicos que establezcan una relación jurídica entre el daño propiamente dicho y las atenciones médicas llevadas a cabo en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, toda vez que con la historia clínica, se encuentra absolutamente demostrado que mi Representado ofreció en favor del Señor CRISTIAN EDUARDO CÓRDOBA SÁNCHEZ (QEPD), un servicio adecuado, oportuno y eficaz, poniendo a su disposición toda su capacidad asistencial y tecnológica en el marco de un nivel I de complejidad en la atención, Maxime cuando obra en el expediente la prueba de que para el momento de que se llevó a cabo la remisión del paciente con destino al Hospital Universitario del Valle, el hígado del Paciente se encontraba sin alteraciones. Esta prueba es la COLAGIORESONANCIA realizada por la empresa Imágenes Diagnosticas SAN JOSE, de fecha 21 de marzo de 2018 la cual, consigna:

“HIGADO DE NORMAL TAMAÑO” y más adelante en su acápite denominado “CONSLUSION”, se indica que *“ALGUNAS MEDIANAS LESIONES DE CARACTERISTICAS QUISTICAS A NIVEL DEL LOBULO DERECHO NO MAYORES A LOS 40 MM DE DIAMETRO”*. No se expresa por ningún lado la amputación del lóbulo derecho ni mucho menos de la arteria hepática derecha, lo que infiere sin duda que, tal amputación no fue realizada en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, no solo por lo anteriormente expuesto, sino que esta clase de procedimientos son de alta complejidad, la cual solo puede llevarse a cabo en una Institución de nivel III o IV como lo es el Hospital Universitario del Valle.

Ahora bien, según el Informe Pericial De Necropsia número 2018010176001000894, rendido por el Medico Forense Doctor Alejandro Sandoval Aramburo, adscrito al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se indica en el acápite denominado “ANALISIS Y OPINION PERICIAL – CONCLUSION PERICIAL”, que *“LA MUERTE OCURRE EN EL CONTEXTO DE LA SEPSIS POR PERITONITIS BILIAR SECUNDARIO A COLECISTITIS Y COLELITIASIS PERFORADA”* es decir que, aunque en el mismo informe de necropsia se indica que *“SE EVIDENCIA AUSENCIA DE LOBULO DERECHO”*, ésta no constituye la causa básica de la muerte, entonces puede que la amputación de la que se habla en la demanda haya sido realizada por el personal médico en el Hospital Universitario del Valle, como técnica para salvar la vida del paciente, sin embargo esta afirmación deberá ser confirmada durante el curso del proceso.

Señor Juez, con el propósito de que el presente caso medico sea analizado en su contexto integro, es importante hacer un resumen de todos las atenciones médicas realizadas en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, y de esta forma demostrar de manera contundente que no existen elementos suficientes para que se configure una falla en el servicio médico en cabeza de mi Representado, pues con el siguiente resumen, Señor Juez, el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, demuestra que su actuar médico y administrativo fue adecuado, pero que existen factores ajenos a mi Representado, que en definitiva influyeron en el resultado

final, los cuales se encuentran en cabeza de la misma víctima y un tercero (HUV),
ASI.-

El señor Cristian Eduardo Córdoba Sánchez (QEPD), fue un Paciente atendido por todo el grupo de médicos especialistas en Cirugía General del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira desde el 24 de febrero de 2018, al 8 de marzo de 2018. Durante los días que permaneció hospitalizado en esta Institución fue valorado medicamente por todos los Especialistas en cirugía general, a saber: el Dr. Jorge Alexander Linares, el Dr. Alberto Kabalán, el Dr. Luis Eduardo Moore, el Dr. Yusti Romero Ortiz, el Dr. Pedro León Arbeláez, el Dr. Leopoldo Fernández y el Dr. Juan Carlos Victoria Jaramillo. Como consta en la Historia Clínica del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira, éste paciente al ingreso al HROB contaba con Síndrome de **MIRIZZI**, la cual, es una patología infrecuente que la presentan tan sólo 1 a 5 % de los pacientes que tienen enfermedad de la vesícula biliar con cálculos y que es el resultado de una inflamación de la vesícula biliar de **larga evolución** o una inflamación crónica de la vesícula biliar con episodios repetitivos de agudización, ocasionada por cálculos en la vesícula biliar, **cuando no se realiza el tratamiento quirúrgico oportunamente**; es decir, **cuando no se extirpa quirúrgicamente la vesícula biliar al inicio de los síntomas**, que es el tratamiento de elección de los cálculos biliares cuando ocasionan inflamación de la vesícula y dolor abdominal; que fue la situación del Paciente Cristian Eduardo Córdoba Sánchez, quien llegó al servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno con una proceso inflamatorio **crónico** de su vesícula biliar por cálculos y **una complicación preexistente como consecuencia de no haber recibido el tratamiento quirúrgico oportuno claramente indicado para su enfermedad de base desde 9 meses antes de esta consulta al Hospital**. Como prueba de lo anteriormente manifestado se encuentra reporte de una Ecografía realizada mayo 26 de 2017, la cual, indicaba que incluso de tiempo atrás a la práctica de la misma, padecía de cálculos en la vesícula biliar que le estaban produciendo una inflamación y requería manejo quirúrgico inmediato.

Según la historia clínica, se trataba de un paciente de 28 años de edad, con una historia previa de aproximadamente 1 año de evolución de intolerancia a las comidas grasas, lo cual es típico de la presencia de cálculos e inflamación de la vesícula biliar, que refería dolores tipo cólico biliar recurrentes de 1 año de evolución a nivel del cuadrante superior derecho del abdomen, zona conocida como el hipocondrio derecho, que corresponde al área donde se ubica anatómicamente la vesícula biliar, síntomas que son claramente compatibles con una enfermedad de la vesícula biliar **crónica o de larga evolución**. Es más, para el momento del ingreso por urgencias en febrero 24 de 2018, pues como se manifestó, el paciente contaba con un estudio ecográfico de la vesícula biliar y del hígado, realizado 9 meses antes y específicamente realizado el 26 de mayo de 2017, el cual, reportaba esteatosis hepática o depósito importante de grasa en el hígado y reportaba una vesícula biliar de pared engrosada compatible con inflamación de la misma, reportaba igualmente la existencia de gran cantidad de cálculos en el interior de la vesícula biliar como causa de esa inflamación; concluyendo la ecografía de mayo 26 de 2017 que el paciente cursaba con una **COLECISTITIS CRÓNICA (QUE TRADUCE INFLAMACIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR DE LARGA EVOLUCIÓN) Y COLELITIASIS** (que traduce presencia de cálculos en la vesícula biliar) y que a fin de cuentas es coincidente con las causas básicas de la muerte reportada en el Informe del Instituto de Medicina Legal y Ciencias forenses “LA MUERTE OCURRE EN EL CONTEXTO DE LA SEPSIS POR PERITONITIS BILIAR SECUNDARIO A COLECISTITIS Y COLELITIASIS PERFORADA”, es decir que la muerte del Paciente se ocasiona en el contexto de una infección presentada en el Hospital Universitario del Valle, derivada de la COLECISTITIS que padecía el Paciente.

En conclusión, al momento del ingreso del paciente al Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira el 24 de febrero de 2018, tenía una enfermedad de aproximadamente un año de evolución y una indicación clara de cirugía desde 9 meses antes o desde mayo de 2017 por los hallazgos ecográficos descritos. Al ingreso al Hospital en febrero 24 de 2018 ya no se trataba de un paciente que había tenido simplemente un cólico biliar por cálculos de primera vez y requería

extracción de la vesícula biliar, sino de un paciente que tenía una inflamación crónica de la vesícula biliar por cálculos que se había agudizado; es decir, que tenía una colecistitis crónica y aguda por cálculos y se sospechaba había desarrollado una complicación secundaria a la ausencia del tratamiento quirúrgico **que estaba indicado dese 9 meses antes del ingreso**, complicación que se puso en evidencia con los estudios imagenológicos que se le realizaron en el HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO antes de la cirugía y que consistía en que el paciente había desarrollado como consecuencia de los cálculos impactados a nivel del cuello de la vesícula biliar una fistula o comunicación anormal entre la vesícula biliar y la vía biliar principal extrahepática, complicación que se conoce específicamente en cirugía como síndrome **de Mirizzi**.

Ahora bien, la ecografía, reportó además vesícula biliar con numerosos cálculos en su interior que también habían sido identificados en la ecografía previa de mayo de 2017 y reportó un hallazgo nuevo que no estaba presente en la ecografía previa y que constituyó el pilar para el estudio y el manejo de este caso; la nueva ecografía tomada durante la hospitalización en el HROB en febrero 26 de 2018 reportó que el **COLÉDOCO**, que corresponde a la vía biliar principal extrahepática que conduce la bilis del hígado al intestino, estaba dilatado o aumentado de tamaño, midiendo 7.4 mm de diámetro, cuando lo normal es de 5 mm. de diámetro según los textos de anatomía; anotando por este motivo en el informe del estudio ecográfico el Dr. Héctor Rojas, Médico Radiólogo que realizó la ecografía, que existía sospecha ecográfica de **COLEDOLITIASIS O SOSPECHA DE QUE CÁLCULOS DE LA VESÍCULA BILIAR HABÍAN PASADO DESDE LA VESÍCULA BILIAR HACIA EL COLÉDOCO O HACIA LA VÍA BILIAR PRINCIPAL EXTRAHEPÁTICA, OBSTRUYÉNDOLA Y CAUSANDO LA DILATACIÓN DEL CONDUCTO BILIAR PRINCIPAL OBSERVADA EN LA ECOGRAFÍA**. Es decir, en la ecografía realizada 9 meses antes, en la que se describía que la vía biliar intrahepática y la vía biliar extrahepática no estaban dilatadas en ese momento, pero sí ahora 9 meses después. Es decir, algo ocurrió durante esos 9 meses en que el paciente no fue sometido a su tratamiento quirúrgico o extracción de la vesícula biliar como estaba claramente indicado, para

que la vía biliar se hubiera dilatado. La dilatación de la vía biliar extrahepática o dilatación del conducto colédoco mostrada por la nueva ecografía de la hospitalización en el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira en febrero de 2018, sugería que cálculos de la vesícula biliar habían pasado hacia el colédoco produciendo obstrucción del mismo y dilatación secundaria del conducto, razón por la que el Dr. Alberto Kabalán, cirujano del hospital Raúl Orejuela Bueno que valoró el paciente en febrero 27 de 2018, con base en el resultado de la ecografía, con un muy buen criterio médico y como estaba claramente indicado, le ordenó un estudio complementario que se llama COLANGIOGRAFÍA por resonancia nuclear magnética o simplemente COLANGIORESONANCIA, que es el estudio imagenológico de elección que se solicita específicamente para mirar la anatomía de toda la vía biliar; es decir, para mirar no sólo la anatomía de la vesícula biliar y su conducto llamado conducto cístico, sino la anatomía de los conductos biliares intrahepáticos y de los conductos biliares extrahepáticos, como los conductos hepático derecho e izquierdo, el conducto hepático común y el conducto colédoco; permitiendo dicho estudio determinar si hay dilatación de la vía biliar principal extrahepática o si hay dilatación del **HEPATO-COLÉDOCO** que es lo mismo y determinar la presencia de obstrucción de la vía biliar principal por cálculos como se sospechaba de acuerdo a la ecografía o si hay complicaciones como fístulas o comunicaciones anormales entre la vesícula biliar y la vía biliar principal extrahepática como el Síndrome de Mirizzi, que fue la situación del paciente. Es decir, ante la sospecha de probables cálculos migrados desde la vesícula biliar hacia la vía biliar principal extrahepática y específicamente ante la sospecha de cálculos en el colédoco obstruyéndolo, por la evidencia ecográfica de dilatación del colédoco en la ecografía hepatobiliar de febrero de 2018, el paciente Cristian Eduardo Córdoba Sánchez requería invariablemente la realización de una COLANGIORESONANCIA antes de la cirugía, pues este estudio imagenológico específico de las vías biliares determinaría el plan quirúrgico a seguir en el paciente, como en efecto ocurrió. Dado que el Hospital Raúl Orejuela Bueno no tiene equipo de resonancia nuclear magnética para la realización de este estudio imagenológico de las vías biliares, la COLANGIORESONANCIA fue realizada el día 2 de marzo de 2018 en Imágenes Diagnosticas San José de Cali donde indicó

la aseguradora del paciente COOSALUD ESS, quien a través de sus auditores médicos y coordinadores administrativos, después de autorizar la realización del examen, indicó el sitio y la fecha para la toma del mismo; a donde el paciente fue traslado en la fecha programada para la realización del estudio y regresado de nuevo ese mismo día en ambulancia al servicio de hospitalización del Hospital Raúl Orejuela Bueno. El reporte de la COLANGIORESONANCIA o lectura oficial del estudio por el radiólogo que la realizó fue enviado al Hospital Raúl Orejuela Bueno 4 días después de efectuada; es decir, el 6 de marzo de 2018, como consta en la evolución del cirujano de turno de ese día el Dr. Alberto Kabalán. El día 6 de marzo de 2018 se obtuvo el reporte oficial por radiología de la COLANGIORESONANCIA, en la cual textualmente dice, como opinión del radiólogo que revisó y leyó las imágenes de resonancia nuclear magnética de la vesícula biliar y de las vía biliares, lo siguiente: *“colelitiasis sin signos de colecistitis al momento del estudio, con cálculo enclavado en el cuello de la vesícula biliar con efecto compresivo sobre el conducto hepático común, con leve dilatación de la vía biliar intrahepática, a considerar posible Síndrome de Mirizzi”*. En la descripción del estudio se menciona específicamente: *“vesícula biliar distendida de paredes delgadas, con microcálculos hacia el cuerpo y presencia de gran cálculo enclavado en el cuello de 17 mm. de diámetro aproximadamente, el cual condiciona efecto compresivo sobre el conducto hepático común, con leve disminución de su calibre y dilatación secundaria de la vía biliar intrahepática, a considerar posible Síndrome de Mirizzi”*. Lo que concluyó la colangioresonancia realizada al paciente es que éste cursaba con un Síndrome de Mirizzi; **es decir, que presentaba potencialmente una fístula o comunicación anormal de la vesícula biliar a la vía biliar extrahepática y específicamente una fístula de la vesícula biliar al conducto hepático común, hallazgo que fué claramente confirmado en la cirugía realizada por el Doctor Juan Carlos Victoria Jaramillo el 7 de marzo de 2018; cirugía claramente indicada en ese momento y realizada al día siguiente de recibirse el informe de la COLANGIORESONANCIA, estudio que apoyaba la necesidad de cirugía de urgencia, por el riesgo en ese momento de una obstrucción completa de la vía biliar principal extrahepática por el cálculo que desde el cuello de la**

vesícula biliar estaba comprimiendo y obstruyendo la vía biliar principal extrahepática o que había pasado ya desde la vesícula biliar a la vía biliar extrahepática por un trayecto anormal o fistuloso creado por el propio cálculo al erodar y romper la pared de la vesícula biliar y del conducto hepático común como se demostró en la cirugía efectuada; justificándose claramente la necesidad de cirugía prioritaria por la complicaciones conocidas de la obstrucción de las vía biliares. Pero lo que hay que entender es que éste Síndrome de Mirizzi no se desarrolló durante los 11 días que el paciente permaneció en el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira; es decir, no se desarrolló en el tiempo que pasó desde el ingreso del paciente al servicio de urgencias en febrero 24 de 2018 y la realización de la cirugía del día 7 de marzo de 2018; tiempo durante el cual, como consta en la historia clínica, el paciente recibió el tratamiento médico requerido con antibióticos, analgésicos antiespasmódicos y antiinflamatorios, entre otros; sino que ese Síndrome de Mirizzi fue el resultado de un proceso inflamatorio crónico de la vesícula biliar de casi un año de evolución que no recibió tratamiento oportuno, pues ya en mayo de 2017, 9 meses antes, el paciente tenía una ecografía que demostraba la presencia de cálculos en la vesícula biliar con signos inflamatorios por engrosamiento marcado de la pared de la vesícula biliar que indicaban necesidad de cirugía prioritaria en ese momento o colecistectomía, que indicaban la necesidad de extirpación quirúrgica de la vesícula biliar a la mayor brevedad posible, **lo cual el paciente no se realizó por razones que se desconocen.**

Así las cosas, con base en lo anterior está claro y suficientemente argumentado que el plan diagnóstico para conocer la condición que padecía en ese momento Cristian Eduardo Córdoba Sánchez fue el acertado y el que requería, orientado el tratamiento quirúrgico a seguir posteriormente. En ese sentido, el plan terapéutico o tratamiento quirúrgico que se llevó a cabo con el paciente Cristian Eduardo Córdoba Sánchez, una vez hecho el diagnóstico de Síndrome de Mirizzi, también se ajustó perfectamente a lo que indica la literatura médica universal.

El paciente Cristian Eduardo Córdoba Sánchez tenía, lo que según la clasificación mundial de las fístulas colecisto-hepáticas o clasificación de Csendes del Síndrome de Mirizzi que establece en principio cuatro (4) tipos, un Síndrome de Mirizzi Tipo II o una fístula colecisto-hepática Tipo II que involucraba un tercio o un 33% de la circunferencia de la vía biliar principal extrahepática, como se describe claramente en la Nota Operatoria del Doctor Juan Carlos Victoria Jaramillo de marzo 7 de 2019, donde se registra textualmente en los hallazgos operatorios: *“Fístula colecistobiliar o síndrome de Mirizzi Tipo II, no identificándose conducto cístico y en su lugar el cuello de la vesícula biliar termina directamente sobre el conducto hepático común, con fístula colecistohepática que involucra menos de 1/3 parte de la circunferencia del conducto hepático común (menos del 33% del diámetro del hepatocolédoco) y con múltiples litos polifacetados amarillentos enclavados a este nivel”*

Al respecto, en la nota operatoria de la cirugía inicial practicada el paciente en el Hospital Raúl Orejuela Bueno el día 7 de marzo de 2018, en la parte donde se describe el procedimiento quirúrgico realizado, se anota lo siguiente:

“1. Laparotomía mediana supraumbilical” (que es la incisión con la que el Cirujano ingresa a la cavidad abdominal, una incisión vertical realizada en la línea media por encima del ombligo).

“2. Identificación de los hallazgos” (lo cual es el reconocimiento de lo que visualiza el Cirujano al momento de la cirugía).

“3. Descompresión de la vesícula biliar por punción en su fondo, drenando piocolecisto y tomando muestra de bilis para cultivo” (al encontrar que la vesícula biliar estaba severamente inflamada, tensa e infectada, conteniendo material purulento o pus en su interior, la vesícula es puncionada por el Cirujano con una jeringa y una aguja gruesa a través del fondo para extraerle la pus y evitar la apertura de la vesícula biliar durante el procedimiento quirúrgico con derrame de su contenido purulento dentro del abdomen, al tiempo que toma una muestra de

pus de la vesícula biliar para enviarla al laboratorio y cultivarla con objeto de identificar la bacteria o germen causante de la infección).

“4. Disección de la vesícula biliar fundocística hasta alcanzar el cuello de la vesícula biliar, identificando fístula colecisto-hepática y la pérdida de las relaciones anatómicas del triángulo de Calot” (ósea el Cirujano realiza una cirugía con técnica segura o anterógrada, donde comienza la disección de la vesícula donde identifica que había una pérdida de las relaciones anatómicas normales y confirma la existencia de una fístula colecisto-hepática o Síndrome de Mirizzi, que se sospechaba desde antes de la cirugía).

“5. Identificación y ligadura de arteria cística con seda 0 doble” (el Cirujano procede a ligar la arteria que nutre la vesícula biliar o arteria cística, que es lo mandatorio cuando se va a extirpar la vesícula biliar para evitar sangrado).

“6. Colecistectomía seccionando la vesícula biliar a nivel del cuello” (con base en los hallazgos operatorios el Cirujano opta, como estaba indicado, por la realización de una extirpación parcial de la vesícula biliar o colecistectomía parcial o subtotal, seccionando la vesícula biliar por encima del cuello y por encima de la fístula colecisto-hepática para no dañar más el conducto hepático común involucrado en la fístula, ni dañar la vía biliar principal extrahepática en general).

“7. Extracción de múltiples litos polifacetados amarillentos enclavados en el cuello de la vesícula biliar y sobre el orificio fistuloso colecistohepático” (quiere decir que abierto del cuello de la vesícula biliar e identificando claramente a través del cuello de la vesícula biliar abierto la comunicación anormal entre el cuello de la vesícula biliar y el conducto hepático común, encontrando dentro del orificio fistuloso varios cálculos de gran tamaño impactados que eran los causantes de la erosión y del daño en las paredes del cuello de la vesícula biliar y del conducto hepático común vecino comunicándolos, el Cirujano procede a la extracción a través del cuello de la vesícula biliar abierto de los múltiples cálculos del orificio fistuloso, para garantizar que no fuese a quedarse ningún cálculo en el conducto hepático común

después de la cirugía, que pudiera obstruirlo y causar más complicaciones; es decir, el Cirujano realiza una exploración de la vía biliar principal extrahepática aprovechando el orificio fistuloso tal como estaba indicado, para garantizar que no quedaran cálculos residuales u obstrucción de la vía biliar a dicho nivel después de la cirugía).

“8. Lavado del conducto hepático común con suero fisiológico a presión, empleando jeringa de 20 cc. y sonda de nelatón número 18 introducida a través de la fístula colecistohepática, quedando limpio” (significa que después de extraer los cálculos impactados a nivel de la fístula colecisto-hepática, el Cirujano aprovecha el orificio fistuloso para lavar el conducto hepático común con suero fisiológico a presión, con objeto de garantizar que quedara limpio y sin cálculos residuales).

“9. Rafia del cuello de la vesícula biliar en dos planos, con un primer plano de sutura continua perforante total de ácido poliglicólico 3-0 y un segundo plano de sutura continua seromuscular invaginante de polipropileno 3-0 vascular, empleando el cuello de la vesícula biliar como flap para cerrar el orificio fistuloso colecistobiliar” (es decir, que después de extirpar parcialmente la vesícula biliar y de extraerle todos los cálculos, el Cirujano aprovecha el remanente del cuello de la vesícula biliar que permanecía unido al conducto hepático común para cerrar la fístula colecisto-hepática tal como estaba indicado y como medida de seguridad cierra el cuello de la vesícula sobre la fístula no con un solo plano de sutura, sino con dos planos de sutura para reforzar el cierre y prevenir complicaciones postquirúrgicas como la fístula biliar postoperatoria o filtración de bilis desde el muñón suturado a la cavidad peritoneal, que claramente podía esperarse se presentara en estos casos).

“10. Peritonización del lecho hepático con sutura continua de catgut crómico número 2, cerrando completamente el lecho hepático de la vesícula biliar vacío” (quiere decir que después de despegar la vesícula biliar del hígado y retirarla, el espacio vacío en el hígado donde estaba adherida la vesícula biliar o fosa vesicular el Cirujano lo cerró con suturas para prevenir sangrado postoperatorio).

“11. Hemostasia complementaria del lecho hepático por electrocoagulación satisfactoria” (ósea que después de cerrar el lecho de la vesícula biliar en el hígado, el Cirujano coaguló con el electrobisturí algunos pequeños vasos en el lecho hepático que aún pudieran estar sangrando).

“12. Lavado del espacio subhepático con 1000 cc. de suero fisiológico, quedando limpio” (es decir, que considerando que había pus dentro de la vesícula biliar y signos macroscópicos de infección, el Cirujano procedió a lavar muy bien el área operatoria para prevenir el desarrollo de nueva infección del sitio operatorio después de la cirugía y específicamente para prevenir el desarrollo de abscesos postoperatorios en la cavidad abdominal o de colecciones purulentas al mismo nivel después de la cirugía y prevenir el desarrollo en general de peritonitis postoperatoria).

“13. Revisión final de hemostasia satisfactoria” (lo que quiere decir que antes de terminar la cirugía y de cerrar al paciente, el Cirujano revisó nuevamente que no quedara ninguna estructura sangrante, para prevenir el sangrado persistente del sitio operatorio después de la cirugía).

“14. Conteo de compresas completo” (ósea que antes de cerrar el paciente y finalizar el procedimiento quirúrgico, el Cirujano tuvo certeza que todas las compresas estuvieran completas por fuera del abdomen y que no quedara ningún cuerpo extraño o remanente textil de la cirugía en la cavidad abdominal).

“15. Rafia del plano musculo-aponeurótico mediano con sutura continua de ácido poliglicólico número 1” (quiere decir que el Cirujano cerró los músculos de la pared abdominal anterior tal como estaba indicado).

“16. Identificación de anillo herniario umbilical y disección amplia de la aponeurosis sana alrededor” (lo cual traduce que como hallazgo adicional al paciente se le

encontró durante la cirugía una hernia del ombligo que también fue corregida por el Cirujano en ese mismo acto quirúrgico).

“17. Lavado de herida quirúrgica con suero fisiológico” (es decir, que además de lavar internamente al cavidad abdominal con suero fisiológico, antes de cerrar la piel el Cirujano también se lavó la herida quirúrgica para prevenir el desarrollo de infección del sitio operatorio después de la cirugía, lo cual podía ocurrir claramente porque al momento de la cirugía ya se había encontrado que el paciente estaba infectado y tenía una colección de pus dentro de la vesícula biliar como resultado del proceso inflamatorio crónico y agudo).

“18. Rafia de piel con sutura subcuticular continua de polipropileno 3-0” (ósea que finalmente el Cirujano también suturo la piel con un material de sutura indicado para tal propósito, quedando el abdomen cerrado).

“19. Sangrado escaso” (es decir, el Cirujano dejó constancia que durante el procedimiento no hubo sangrado significativo, sino el claramente esperado en este tipo de cirugías y el paciente tampoco necesitó transfusiones de sangre o de glóbulos rojos durante la cirugía, ni presentó caídas de su presión arterial).

“20. No complicaciones” (ósea que el Cirujano también dejó constancia que la cirugía transcurrió de acuerdo con lo normalmente esperado en estos casos y que no se presentaron ningún tipo de complicaciones o eventos adversos durante el acto operatorio).

Quiere decir claramente lo anterior, que en la cirugía del paciente Cristian Eduardo Córdoba Sánchez que se le realizó el día 7 de marzo de 2018 en el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira, se hicieron todas las cosas que se debían hacer desde el punto de vista quirúrgico y el procedimiento operatorio estuvo ajustado perfectamente a lo indicado en estos casos, como puede dar fe cualquier perito al respecto, a saber:

- Se realizó un procedimiento quirúrgico seguro, con una disección anterógrada de la vesícula biliar desde el fondo hasta el cuello.
- Antes de la extirpación de la vesícula biliar se drenó el pus que contenía la vesícula biliar para prevenir la contaminación de la cavidad peritoneal.
- Se identificó claramente el cuello de la vesícula biliar y la fistula colecisto-hepática.
- Se respetó el conducto hepático común y la vía biliar extrahepática en general.
- Se realizó una extirpación parcial de la vesícula biliar o colecistectomía subtotal, seccionando la vesícula biliar por encima de su cuello o por encima de la fístula colecisto-hepática, para evitar dañar más el conducto hepático común erosionado por los cálculos o evitar una lesión adicional en la vía biliar extrahepática.
- Se extrajeron, a través del cuello de la vesícula biliar seccionado, todos los cálculos impactados en el orificio fistuloso colecisto-hepático y se verificó que el conducto hepático común quedara sin cálculos y limpio, pues también se lo lavó.
- Se empleó el remanente del cuello de la vesícula biliar para cerrar la fístula o la solución de continuidad en el conducto hepático común a manera de parche, como lo indica la literatura médica universal en estos casos de Síndromes de Mirizzi Tipo II.
- Se reforzó el cierre del cuello de la vesícula biliar y con ello el cierre del orificio fistuloso, con dos planos de sutura, buscando prevenir el desarrollo de una filtración de bilis a ese nivel después de la cirugía.
- Se lavó muy bien la cavidad abdominal y la herida quirúrgica, para prevenir el desarrollo de infección del sitio operatorio después de la cirugía y específicamente para prevenir el desarrollo de infección dentro de la cavidad peritoneal o peritonitis postoperatoria y prevenir también el desarrollo de infección de la pared abdominal, infección de la herida quirúrgica o colecciones de pus o abscesos en los tejidos blandos de la pared abdominal por debajo de la piel.

Un punto muy importante a destacar en el proceder médico-quirúrgico del Doctor Juan Carlos Victoria Jaramillo, Cirujano que realizó la cirugía, fue que después de la cirugía al paciente le ordenó antibióticos por vía endovenosa con amplia cobertura para los gérmenes que normalmente causan infección a nivel de la vesícula biliar y de las vías biliares, en virtud de los hallazgos operatorios y para prevenir complicaciones infecciosas mayores, en espera del resultado del cultivo de la pus de la vesícula biliar que le tomó en la cirugía. Igualmente, y antes de comenzar la cirugía, el Doctor Victoria le ordenó profilácticamente una dosis de antibiótico endovenoso y específicamente empleó un antibiótico conocido como Ampicilina-Sulbactam que se le administró vía endovenosa y que es el antibiótico preoperatorio que normalmente se emplea en estos casos para prevenir la infección postoperatoria. Sin embargo, debido a los hallazgos quirúrgicos de piocolecisto o de vesícula biliar severamente inflamada con contenido purulento en su interior, que evidenciaban en ese momento que el paciente ya estaba cursando con una infección importante de su vesícula biliar y de sus vía biliares por contigüidad, después de la cirugía el Doctor Juan Carlos Victoria Jaramillo, como bien consta en la órdenes médicas postoperatorias de la historia clínica, le ordenó un esquema de antibióticos más potente y específicamente una combinación de antibióticos que es reconocida por todo el personal médico como excelente para tratar muy bien las bacterias implicadas en este tipo de infección, dejándole prescripción con horario de dos antibióticos endovenosos, la Piperacilina-Tazobactam y la Amikacina, los cuales recibió hasta su egreso de la Institución.

Finalmente, es fundamental aclarar con base en la Historia Clínica del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira y en las notas operatorias de las cirugía practicadas el paciente en esta institución los días 7 y 8 de marzo de 2018, que **es completamente falso cuando se afirma en la demanda que al paciente Cristian Eduardo Córdoba Sánchez se le realizó en el Hospital de Palmira una “amputación del lóbulo derecho del hígado y por ende de la arteria hepática derecha”**, argumentando lo anterior con base en el resultado de la necropsia; ya que es claro no sólo que el Hospital de Palmira, por ser una institución de salud de baja complejidad (nivel de atención I-II), no posee la

tecnología suficiente para la realización de este tipo de procedimientos quirúrgicos complejos que caen en la categoría de la cirugía hepática mayor reservada para niveles de atención de mayor complejidad (III-IV) y para cirujanos hepatobiliares o cirujanos de trasplante hepático, sino que las dos cirugías realizadas en Palmira consistieron primero en la extirpación de la vesícula biliar y cierre de la fístula colecisto-hepática por el Síndrome de Mirizzi que padecía el 7 de marzo de 2018 y el drenaje de la filtración biliar, reforzamiento de la sutura del muñón vesicular empleado para cerrar la fístula colecisto-hepática en la primera cirugía y lavado de la cavidad peritoneal en la segunda cirugía el 8 de marzo de 2018.

Así las cosas, teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se logra evidenciar con claridad y suficiencia que no se incumplió de ninguna manera con la *lex artis*, pues cada uno de los protocolos en relación con la atención médica y quirúrgica que el paciente requería en el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira se ejecutaron cabalmente. Igualmente, tomando también como base lo previamente expuesto, puede concluirse que se cumplió con la pauta de conducta esperada, no solo por los Cirujanos que operaron al paciente sino por todos los Médicos, por todos los Especialistas en Cirugía General y por todos los profesionales de la salud que participaron en la atención del paciente y en ningún momento se puso en espera injustificada al paciente para brindarle el tratamiento médico y quirúrgico que requería; es decir, no hubo negligencia de parte de ningún profesional del Hospital Raúl Orejuela Bueno y no hubo negligencia en general del Hospital en la atención integral brindada al paciente Cristian Eduardo Córdoba Sánchez. En el mismo sentido, los médicos y especialistas que participaron en la atención médica y quirúrgica del paciente son profesionales idóneos, con todas las capacidades científicas y técnicas requeridas para esa clase de procedimientos, por lo que no se puede ni siquiera pensar en una imprudencia, o negligencia, más aún cuando el procedimiento quirúrgico realizado no solo era el indicado sino también el procedimiento necesario para salvaguardar la vida e integridad del paciente.

Es por todos bien sabido que la medicina es una profesión de medios y no de resultados, por lo que, a pesar de poner el equipo médico y quirúrgico del Hospital

Raúl Orejuela Bueno de Palmira todo el empeño, todo el conocimiento y toda la experiencia al servicio de este paciente, lamentablemente no mostró mejoría, lo que llevó a que tuviera que ser remitido a un centro asistencial de mayor nivel de atención o a una institución hospitalaria de mayor complejidad para continuar su tratamiento – Hospital Universitario del Valle, en donde permaneció desde el 8 de marzo de 2018 hasta el 13 de abril del mismo año, donde fue sometido a varios procedimientos médicos y quirúrgicos y lugar en el cual finalmente presenta Sepsis y fallece.

A continuación, me permito exponer los criterios jurisprudenciales respecto a la oportunidad de la atención médica, la cual, en nuestro criterio, en el caso en particular se cumplió a cabalidad por parte del hrob, así. –

En **sentencia del 14 de marzo de 2013, el consejo de estado, sala de lo contencioso administrativo, sección tercera**. la sala estableció que uno de los criterios para determinar la existencia de la pérdida de oportunidad en cada caso concreto era la certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde, siempre y cuando se acredite inequívocamente la existencia de una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente que, de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido la expectativa de obtener la ganancia o de evitar el detrimento correspondiente. de igual manera en la **sentencia del 31 de agosto de 2006, con ponencia de la magistrada ruth estella correa palacio expediente 15772**, el alto tribunal consideró necesario que de manera científica debe quedar establecido cual era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o de preservar su vida y que esa expectativa real fue frustrada por omisiones o acciones en la acción médica.

iguiendo estos lineamientos el **29 de noviembre de 2006, con ponencia del magistrado fredy ibarra martínez (expediente 16.334)**, consideró el alto tribunal que para que la pérdida de oportunidad pudiera ser indemnizada, debía verificarse si la misma se había puesto en movimiento o no, lo que nos lleva a concluir que

esa prueba debe presentarse con criterios cualitativos y cuantitativos. cualitativos, demostrando que la víctima estaba en una situación idónea para lograr evitar la muerte o mejorar la enfermedad sufrida; cuantitativa, para establecer el monto porcentual de esa posibilidad perdida; todo con el fin de ser determinable el monto indemnizatorio por parte del juez administrativo. criterios que a la fecha siguen vigente con el fallo de la sentencia del **consejo de estado del 5 de abril de 2017 c.p ramiro pozos guerrero** donde se estableció que la naturaleza de la pérdida de oportunidad en materia de responsabilidad médica exige la existencia de una oportunidad y la evidencia de la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio.

Basados en los Sentencias del consejo de estado mencionadas anteriormente, se puede apreciar en la demanda que estos requisitos no han sido tenidos en cuenta para la solicitud de la indemnización por perjuicios de la pérdida de oportunidad, debido a que la indemnización deberá efectuarse con relación a lo probado en el proceso.

Como bien se ha expresado, la parte demandante pretende que la E.S.E HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO asuma una serie de indemnizaciones que en realidad no tiene que porque asumir, pues como se demostrará, los servicios de salud prestados se realizaron en debida forma sin que exista la posibilidad establecer una conexión o nexo causal entre el actuar de mi representado y el daño sufrido por los demandantes.

V. EXCEPCIONES

INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL Y HECHO DE UN TERCERO COMO CAUSA DEL DAÑO

Para que se configure una responsabilidad atribuible al estado, se requiere de tres elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, el hecho generador del mismo y un nexo de causalidad que permita imputar el daño a la

conducta (acción u omisión) del agente generador. el nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. la jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquél aparece ligado a ésta por una relación de causa-efecto, si no es posible encontrar esa relación, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad, la jurisprudencia ha establecido que el nexo de causalidad debe ser probado en todos los casos por el actor.

Tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia han manifestado que el demandado en un juicio de responsabilidad tiene por norma general, la posibilidad de defenderse atacando cualquiera de los elementos que se estudian dentro de la responsabilidad civil extracontractual escogiendo entre varias alternativas, **la inexistencia del nexo causal**. Entonces, las causales exonerativas de responsabilidad pueden eximir de responsabilidad al demandado de forma total cuando la fuerza mayor, el hecho fortuito, el hecho del tercero y/o el hecho de la víctima son consideradas como la causa única exclusiva y determinante del daño.

la sección tercera del consejo de estado ha permitido dejar de lado la afirmación según la cual las causales exonerativas de responsabilidad “rompen” el nexo de causalidad, para clarificar que la verdadera función de este tipo de causales es la de evitar la atribución jurídica del daño al demandado, es decir, impedir la imputación. a este respecto se ha dicho de forma clara y reiterada:

“pues bien, de la dicotomía causalidad-imputación que se ha dejado planteada y explicada, se desprende, ineluctablemente, la siguiente conclusión: frente a todo caso concreto que el juez de lo contencioso administrativo someta a examen habida consideración de que se aduce y se acredita la producción de un daño antijurídico, el nexo o la relación de causalidad entre la acción o la omisión de la autoridad pública demandada existe o no existe, pero no resulta jurídica ni lógicamente admisible sostener que el mismo se rompe o se interrumpe; si ello fuese así, si tal ruptura o interrupción del proceso causal de producción del daño sufriese una interrupción o ruptura, teniendo en cuenta que la causalidad

constituye un fenómeno eminente y exclusivamente naturalístico, empírico, no cabe posibilidad distinta a la consistente en que, sin ambages, el daño no se ha producido, esto es, al no presentarse o concurrir alguna de las condiciones necesarias para su ocurrencia, la misma no llega a tener entidad en la realidad de los acontecimientos. “así pues, aunque constituye prácticamente una cláusula de estilo en la jurisprudencia contencioso administrativa el sostener que la configuración, en un caso concreto, de alguna de las denominadas “causales eximentes de responsabilidad” -fuerza mayor, caso fortuito y hecho exclusivo y determinante de un tercero o de la víctima- conduce a la ruptura o a la interrupción del nexo o de la relación de causalidad entre el hecho dañoso y el resultado dañino, en estricto rigor y en consonancia con todo cuanto se ha explicado, lo que realmente sucede cuando se evidencia en el plenario la concurrencia y acreditación de una de tales circunstancias es la interrupción o, más exactamente, la exclusión de la posibilidad de atribuir jurídicamente la responsabilidad de reparar el daño a la entidad demandada, es decir, la operatividad en un supuesto concreto de alguna de las referidas “eximentes de responsabilidad” no destruye la tantas veces mencionada relación de causalidad, sino la imputación. “por tanto, quede claro que el análisis que ha de llevarse a cabo por parte del juez de lo contencioso administrativo cuando se le aduzca la configuración de una de las que han dado en denominarse “eximentes de responsabilidad” -como ocurre en el sub judice-, no constituye un examen de tipo naturalístico, fenomenológico, sino eminentemente valorativo-normativo, orientado a seleccionar, más allá del proceso causal de producción del daño, a cuál de los intervinientes en su causación debe imputarse o atribuirse jurídicamente la responsabilidad de repararlo, de conformidad con la concepción de justicia imperante en la sociedad, la cual se refleja en la pluralidad de títulos jurídicos de imputación al uso dentro del sistema jurídico”.

consejo de estado, sección tercera, sentencia del 11 de febrero de 2009, expediente 17145.

Así las cosas, bajo las anteriores consideraciones, esta excepción está encaminada a prosperar, toda vez que se encuentra acreditada una de las

excepciones exonerativas de responsabilidad y es **“el hecho de un tercero”**, porque a todas luces, la causa básica de la muerte “SEPSIS POR PERITONITIS BILIAR SECUNDARIO A COLECISTITIS Y COLELITIASIS PERFORADA”, no es producto del actuar médico asistencial brindado en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, toda vez que así como fue explicado en el acápite denominado “FUNDAMENTOS DE LA DEFENSA”, fue un servicio excepcional, ajustado a todos los protocolos médicos, tanto en la etapa prequirúrgica y postquirúrgica, no obstante, debido a la falta de auto cuidado del mismo paciente, al no realizarse el tratamiento quirúrgico de extirpación de la vesícula, por lo menos con 9 meses de anterioridad al ingreso al HROB, el procedimiento era complejo y con riesgos previsibles, por ello, el Paciente requería de un nivel superior en la atención, siendo remitido como urgencia vital al Hospital Universitario del Valle, lugar donde le fueron practicados numerosos procedimientos médicos y quirúrgicos, y donde finalmente se ocasiona el daño, pues la infección por Sepsis, es la causa básica de la muerte, la cual no fue producida en el HROB.

INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA CONDUCTA DEL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO Y LA MUERTE DEL SEÑOR CRISTIAN EDUARDO CÓRDOBA SÁNCHEZ

No existe nexo causal entre las atenciones brindadas al Paciente en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE de Palmira y el daño aparentemente ocasionado, toda vez que, con todo lo expuesto a lo largo de este escrito, se puede afirmar inequívocamente que el personal a cargo del HROB, cumplió a cabalidad con todos los protocolos médicos y administrativos para salvaguardar la integridad de la paciente, quien al momento del ingreso a la institución, las enfermedades de base que la aquejaban, se encontraban en un estado muy avanzado y crónico, no obstante, como IPS de nivel I, agotó todo a su alcance para salvaguardar la vida del paciente, quien requirió de atenciones de mayor complejidad, por ello de manera oportuna logró remitir al Paciente al Hospital Universitario del Valle, en donde le fueron practicados varios actos médicos y quirúrgicos y en donde finalmente Fallece a causa de una Sepsis.

CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA

La presente excepción la fundamento en que el actuar descuidado y negligente del Señor, CRISTIAN EDUARDO CÓRDOBA SÁNCHEZ, jugó un papel fundamental en el resultado final o el daño, toda vez que como se explicó en acápites anteriores, el cómo paciente tenía clara indicación quirúrgica para la extirpación de la vesícula biliar desde mayo de 2017, no obstante, se desconoce la razón del porque el Señor CORDOBA SANCHEZ, no inició su tratamiento y programación de cirugía dentro de los 9 meses o más anteriores al ingreso al servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno, pues para aquella fecha ya los síntomas contaban con agudización, lo cual, de haberse realizado la cirugía oportunamente, claramente habría disminuido los riesgos para el momento de la cirugía realizada el 24 de febrero de 2018 en el HROB.

Este actuar negligente o descuidado, sin duda alguna son la causa conexas con el Daño, pues para el momento en que fue necesaria la Cirugía de fecha 7 de marzo de 2018, el paciente había presentado una fístula en las vías biliares, las cuales generaron daños severos y por ello fue necesaria una segunda intervención para realizar un lavado general, y posteriormente ser remitido a un nivel superior donde se desconoce el manejo brindado, pero que a fin de cuentas es en el Hospital Universitario del Valle, en donde el Paciente permaneció desde el 8 de marzo de 2018 hasta el 13 de abril de 2018, fecha en la cual fallece a causa de una infección producto de una Sepsis.

LA INNOMINADA

como quiera que el panorama de discusión es bastante amplio, le solicitamos al señor juez declarar cualquier excepción que resulte de las pruebas aportadas o recaudadas en el presente proceso.

VI.- PRUEBAS

DOCUMENTALES

1.- Historia clínica completa legible y digital del Señor CRISTIAN EDUARDO CÓRDOBA SÁNCHEZ

2.- Historia Clínica Manual y consentimiento informado del señor CRISTIAN EDUARDO CÓRDOBA SÁNCHEZ

OBJETO DE LA PRUEBA.

Se pretende demostrar que el HRIB, brindó un servicio oportuno, y eficiente, debidamente enfocado a las patologías de base presentes en el paciente, y que puso a disposición toda su capacidad institucional para tratarlas, lo que sin duda alguna demuestra que el hecho generador del daño no recae en mi procurada, sino en terceros responsables y la misma víctima quienes según su actuar generaron de manera directa las causas determinantes del daño.

2.- TESTIMONIALES.

solicito se decrete y se recepcione los testimonios de los siguientes profesionales de la salud.

1.- Doctor JUAN CARLOS VICTORIA JARAMILLO - Médico Especialista en Cirugía General, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.272.348 de Palmira –, a quien se la podrá notificar a través del HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E, ubicado en la carrera 29 no. 39-51 de Palmira, correo electrónico del testigo jucavictoria@hotmail.com y de mi Representado notificacionesjudiciales@hrob.gov.co, o a través del suscrito Apoderado.

2.- Doctor LUIS EDUARDO MOORE, medico Cirujano General, identificado con la cédula de ciudadanía número 10.521.924, a quien se podrá notificar a través del

Carrera 29 N° 39 – 51 Teléfono: 2742419 Palmira – Valle
www.hrob.gov.co



E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO
Te Queremos Sano COMUNICACIÓN OFICIAL
FR1-GDC Versión 04

HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E, ubicado en la carrera 29 no. 39-51 de palmira, correo electrónico notificacionesjudiciales@hrob.gov.co, o a través del suscrito Apoderado.

3.- Doctor KABALAN ALBERTO, médico Cirujano General, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.694.100 - a quien se podrá notificar a través del HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E, ubicado en la carrera 29 no. 39-51 de palmira, correo electrónico notificacionesjudiciales@hrob.gov.co, o a través del suscrito Apoderado.

OBJETO DE LA PRUEBA

El objeto de los testimonios es demostrar que las atenciones brindadas en el HROB, entre el 24 de febrero de 2018 hasta el 8 de marzo de 2018, se ajustaron a todos los protocolos institucionales y de la lex artis, y conocer para efectos probatorios los detalles de las atenciones brindadas durante el servicio de hospitalización y de las Cirugías practicadas, de las que la parte demandante hace alusión en los hechos 1,2,3,4,5,,6,7,8,9 de la demanda, y sobre la contestación que frente a los mismos hechos el suscrito Apoderado realizó en esta defensa, pues se intenta desvirtuar la supuesta responsabilidad injustamente atribuida a mi Representado, como también demostrar la inexistencia de nexo causal entre el supuesto daño y las atenciones brindadas en el HROB, el hecho de un tercero y culpa exclusiva de la víctima, contenidos en las excepciones propuestas en este escrito.

INFORME PERICIAL

Sírvase Decretar y oficiar al INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES de la Ciudad de Cali, para que previa revisión de historia clínica del señor CRISTIAN EDUARDO CÓRDOBA SÁNCHEZ, emita CONCEPTO PERICIAL respecto si la atención brindada al usuario en el Hospital Raúl Orejuela Bueno fue completa, oportuna, adecuada y determinar si la muerte del paciente es

Carrera 29 N° 39 – 51 Teléfono: 2742419 Palmira – Valle
www.hrob.gov.co

o no consecuencia directa de las atenciones brindadas en esta institución, si existió un mal enfoque diagnóstico o si por el contrario se brindó todo lo necesario para el manejo y finalmente si existe evidencia de circunstancias que constituyan negligencia, impericia o imprudencia por parte de los profesionales que participaron en la atención.

VII. NOTIFICACIONES.

- 1.- La parte demandante y su apoderado en las direcciones anotadas en el libelo demandatorio.
- 2.- El HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E. de palmira, en la calle 29 n° 39 51 de palmira. teléfono: 2742419. email.- notificacionesjudiciales@hrob.gov.co
notificacionesjudicialeshrob@gmail.com
- 3.- El suscrito Apoderado en la calle 29 n° 39 51 de palmira. tel 3012508333. email.- jorgep_119@hotmail.com

VI. ANEXOS

- 1.- Poder especial amplió y suficiente, conferido en mi favor por la gerente del HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO ESE DE PALMIRA.
- 2.- Decreto de nombramiento y acta de posesión como gerente del HROB de la doctora EMILCE AREVALO GARCIA.
- 3.- Cedula y Tarjeta Profesional del Suscrito Apoderado.

Señor Juez Diecisiete Administrativo Oral de Cali



JORGE GERMAN PUENTE CORAL

C de C. No. 14.466.076 de Cali

T.P. 161994 Consejo Superior de la J.